



## Artigo de Revisão

### **DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE AO DELIRIUM: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

### **DIAGNOSTIC DIFFICULTY OF HEALTH PROFESSIONALS AHEAD OF DELIRIUM: A LITERATURE REVIEW**

#### **Resumo**

Carla Luiza da Silva<sup>1</sup>  
Janduila da Silva Firmino<sup>2</sup>  
Karla Cristina Roznowski<sup>2</sup>  
José Knopfholz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG.  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.  
Curitiba – Paraná – Brasil

E-mail:  
clsilva21@hotmail.com

O *delirium* é um distúrbio neurológico manifestado pelos pacientes que se encontram internados. É uma síndrome caracterizada como desordem de atenção aguda e função cognitiva. Neste estudo objetivou-se identificar na literatura as dificuldades em diagnosticar precocemente o paciente com *delirium*, e quais são as condutas realizadas pelos profissionais de saúde quando o diagnóstico é feito. Para coleta de dados utilizamos a análise bibliográfica, por meio de revisão na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde durante o primeiro semestre de 2010, utilizando descritores padrões. Os resultados encontrados denotam que, por vezes, este distúrbio não é reconhecida adequadamente e em tempo hábil de tratamento. Outro fator relevante encontrado é a prevalência de vários riscos em idosos hospitalizados. Consideramos que pacientes em *delirium* devem ser constantemente avaliados, mesmo que não apresentem queixas, pois este distúrbio é oscilante e pode não ser diagnosticado nos primeiros atendimentos. Entendemos ser importante o treinamento contínuo da equipe interdisciplinar para conclusão do diagnóstico.

**Palavras-chave:** Delirium; Diagnóstico precoce; Assistência à Saúde; enfermagem.

#### **Abstract**

Delirium is a neurological disorder manifested by patients who are hospitalized. It is a syndrome characterized as acute disorder of attention and cognitive function. This study aimed to identify the difficulties in the literature in the early diagnosis of the patient with delirium, and what are the behaviors performed by health professionals when the diagnosis is made. For data collection, used the literature review, by reviewing the database of the Virtual Health Library during the first half of 2010, using descriptors standards. The results denote that sometimes this disorder is not recognized properly and timely treatment. Another relevant factor is found the prevalence of several risk in hospitalized elderly. We believe that patients in delirium should be constantly evaluated, even if not to make complaints, as this disorder is swinging and can not be diagnosed in the first sessions. We consider it important to continue the training of interdisciplinary team to complete the diagnosis.

**Key words:** Delirium; Early diagnosis; Delivery of Health Care, nursing.

## Introdução

O *delirium* é um distúrbio neurológico freqüentemente manifestado pelos pacientes que se encontram internados em unidades clínicas, cirúrgicas e principalmente em unidade de terapia intensiva (UTI). Entretanto, ele é considerado uma emergência psiquiátrica, por ter uma manifestação aguda psíquica ou comportamental que representa risco iminente a integridade física do indivíduo e às pessoas em contato com o mesmo ou ao meio<sup>(1)</sup>.

Define-se *delirium* como uma síndrome clínica caracterizada por uma desordem de atenção aguda e função cognitiva cuja complicação mais freqüente de hospitalização ocorre em idosos e sendo um problema potencialmente devastador.

O *delirium* freqüentemente não é reconhecido precocemente e de forma adequada apesar dos métodos eficazes para detectá-lo, e muitas vezes suas complicações clínicas podem ser prevenidas<sup>(2)</sup>. A sua relevância não se deve somente à elevada incidência dentro do ambiente hospitalar, mas as suas conseqüências tais como, influenciar nas taxas de morbimortalidade e prolongar o período de internação que resulta em maiores custos dos tratamentos clínicos<sup>(3)</sup>.

Considerando-se a importância das conseqüências do *delirium* na evolução do paciente e a existência de recursos que permitem a detecção precoce desse distúrbio, despertou o interesse das pesquisadoras para o tema relevante, pois se observou durante o trabalho diário nos hospitais que existem déficits teórico-prático por parte dos profissionais de saúde para detectar precocemente o *delirium* nos pacientes internados.

O foco da atenção deve ser na pessoa, percebida como ser social e histórico e reconhecendo seus direitos de cidadão. Por ser uma “prática nova e carente de modelos”, os profissionais da área da saúde acabam lidando com muitas barreiras para implantação de processo de identificação de métodos de reconhecimento dessa clínica, muitas vezes pela dificuldade, modo de lidar, dentre outros<sup>(4)</sup>.

O objetivo desta pesquisa identificar na literatura as dificuldades em diagnosticar precocemente o paciente com *delirium*, e quais são as condutas realizadas pelos profissionais de saúde quando o diagnóstico é feito.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada de Janeiro a Julho de 2010, por meio de uma revisão na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: *Delirium*, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos. Para esta pesquisa ficar adequada conforme as necessidades das autoras foram selecionadas alguns itens para limitar a pesquisa, dentre eles: complicações, diagnóstico, epidemiologia, etiologia, mortalidade, enfermagem, patologia, prevenção e controle, fisiopatologia, reabilitação e terapia.

Para atender ao objetivo proposto foram definidos alguns critérios para exclusão de artigos, dentre eles, trabalhos relacionados ao alcoolismo, uso de drogas e pacientes pediátricos. Como resultado, identificaram-se 217 artigos

rastreados pelos descritores, porém, conforme os critérios de exclusão foram selecionados 90 do total, sendo 81 internacionais e 9 nacionais. Dos 81 artigos internacionais 2 deles repetiram-se ficando uma amostra de 79 artigos internacionais e 9 nacionais..

## Revisão de Literatura

Define-se consciência como um perfeito conhecimento de si próprio e do ambiente. Essa definição, aparentemente simples, envolve funções neurológicas muito complexas. Estados alterados de consciência são comuns na prática clínica e têm uma grande quantidade de etiologias. No entanto, independentemente da etiologia, a presença de alteração de consciência é sempre um indicativo de gravidade, pois traduz uma falência dos mecanismos de manutenção da consciência. A situação que caracteristicamente traduz esta falência é o coma, que pode ser definido como o estado em que o indivíduo não demonstra conhecimento de si próprio e do ambiente, caracterizado pela ausência ou extrema diminuição do alerta comportamental (nível de consciência), permanecendo não-responsivo aos estímulos internos e externos e com os olhos fechados<sup>(5)</sup>.

Correlacionando com consciência, existe o nível de consciência que se relaciona ao grau de alerta do indivíduo e está ligado diretamente à sua capacidade de abrir os olhos. O nível de consciência depende de projeções para todo o córtex oriundas do sistema reticular ativador ascendente (SRAA)<sup>(6)</sup>. Portanto, o nível de consciência depende da integridade do SRAA. Qualquer situação que comprometa a integridade desse sistema, seja funcional ou estrutural, ocasiona alteração do nível de consciência<sup>(6)</sup>.

Existem cinco níveis de consciência os quais devem ser avaliados no paciente: nível de consciência pleno; delírio; nível de consciência mínimo; estado vegetativo (no qual o paciente apresenta o despertar, porém não têm consciência) e o coma (o paciente não apresenta o despertar e nem consciência).

Durante as pesquisas realizadas, foram encontradas várias definições para o *delirium*, porém a definição mais completa foi a escrita no Manual de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria que contempla quatro aspectos principais do *delirium*:

- Distúrbio da consciência com proeminente alteração da atenção com dificuldade para focalizar, sustentar e modificar o foco de atenção;
- Distúrbio de percepção e cognição que não é satisfatoriamente explicado por quadro de demência pré-existente;
- Desenvolvimento dos sintomas em um curto intervalo de tempo (horas ou dias) e tendência à flutuação dos sintomas;
- Evidência pela história, exame físico ou achado laboratorial de que o quadro é causado por condição patológica orgânica (p. ex.: distúrbio hidroeletrólítico, infecção ou efeito de drogas)<sup>(6)</sup>.

Em estudos nacionais e internacionais ocorre uma percepção de que o *delirium* recebe pouca atenção dos profissionais de saúde que atuam em

unidades críticas, que muitas vezes desconhecem que o *delirium* é uma síndrome multifatorial e que vários fatores de risco exercem efeitos no desencadeamento desta desordem neuropsíquica<sup>(7)</sup>.

Dentre os **fatores de risco** relacionados ao *delirium* destacam-se: faixa etária acima de 65 anos; doença neurológica preexistente (doença de Parkinson, Acidente Vascular Encefálico e demências diversas); comprometimento da capacidade funcional motora e dos órgãos dos sentidos; diminuição da ingestão oral; uso de drogas psicoativas ou álcool; múltiplas comorbidades e traumatismos, dentre outros fatores<sup>(6)</sup>.

Juntamente com os fatores de risco, a **prevalência** de *delirium* em pacientes idosos na admissão hospitalar é de 13 a 60%, internados em hospital geral é de 14 a 24% (levando em consideração suas comorbidades, idade avançada e outros fatores correlacionados). Porém sua incidência pode variar de 6 a 56% nos idosos durante a hospitalização, de 15 a 53% em pós-operatório e de 70 a 87% nos idosos internados em UTI, devido à utilização de múltiplas drogas, tempo de internação prolongada e utilização de procedimentos invasivos entre outros fatores. Índices maiores são encontrados quando as pesquisas são realizadas em população idosa, cirúrgica e cuidados intensivos<sup>(6)</sup>.

O *delirium* em idosos é um fator de risco para hospitalização prolongada, perda de capacidade funcional e para institucionalização. Os sinais podem persistir por até 12 meses após o início dos sintomas e da alta hospitalar. A mortalidade observada nesses pacientes pode chegar a 22% em 6 meses, sendo, em geral, duas vezes maior do que na produção com problemas médicos semelhantes sem esta condição clínica<sup>(6)</sup>.

A associação da taxa de mortalidade hospitalar para *delirium* é de 25 a 33%, taxa tão alta quanto associação com infarto agudo do miocárdio e sepse, se não diagnosticada e tratada precocemente<sup>(2)</sup>. Os fatores predisponíveis incluem lesão cognitiva preexistente, doença severa oculta, altos níveis de comorbidades, idade avançada, insuficiência renal crônica, desidratação e desnutrição. Pacientes com *delirium* comumente têm evidência de doença cerebral crônica oculta, particularmente condições associadas com cognitivo prejudicado, como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e doença cerebrovascular<sup>(2)</sup>.

A abordagem dos pacientes com alteração aguda do estado da consciência demanda investigação imediata, simultâneo suporte clínico e neurológico e tratamento definitivo<sup>(6)</sup>. Os pacientes com *delirium* apresentam uma grande variedade de sinais e sintomas, seu início geralmente é agudo, variando de algumas horas até poucos dias, a evolução é rápida e flutuante em intensidade ao longo do período e com piora à noite. O *delirium* está associado a uma perturbação do sono, a qual pode incluir sonolência diurna ou agitação noturna, caracterizando assim uma inversão do ciclo de sono-vigília<sup>(6)</sup>.

Ocorre alteração do nível de consciência, déficit cognitivo (desorientação temporal, comprometimento da memória, do pensamento, do juízo e perturbação da linguagem), distúrbios da percepção (alucinações, ilusões visuais ou auditivas, perseguição) e alteração psicomotora, com inquietação ou agitação<sup>(2)</sup>. Nos casos de alteração psicomotora o paciente com *delirium* pode apresentar-se com três subtipos (hiperativo, hipoativo ou misto). O paciente

também pode apresentar excesso de ansiedade, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia, mas geralmente de curta duração. Podem ocorrer rápidas e imprevisíveis mudanças de um estado emocional para outro e o medo frequentemente acompanha as alucinações ameaçadoras ou os delírios<sup>(8)</sup>.

O desenvolvimento do *delirium* usualmente envolve uma complexa inter-relação entre um paciente vulnerável com predisposição a fatores predisponentes e exposição a estes fatores. Estudos prévios têm mostrado que os efeitos destes fatores de risco podem ser cumulativos e que o tratamento de um fator isolado usualmente não é suficiente para resolver o *delirium*, e que frequentemente, tem causas multifatoriais e muitos destes fatores são tratáveis, mas se não tratados, podem resultar em morbidade e mortalidades substancial<sup>2</sup>.

### Fisiopatologia

A fisiopatologia do *delirium* é pouco compreendida entre os grandes estudiosos desta patologia, porém sabe-se que existem múltiplas perturbações que afetam o sistema nervoso central resultando em *delirium* e prejudicando o cognitivo a longo prazo. Apesar de os mecanismos precisos serem desconhecidos, uma variedade de teorias tem sido proposta para explicar suas relações. Isto inclui os potenciais efeitos adversos de doenças cognitivas (particularmente entre pessoas idosas)<sup>(9)</sup>.

Pesquisas indicam que o *delirium* está associado a uma ampla extensão de eventos patológicos, incluindo desequilíbrio neurotransmissor, lesão neuroanatômica específica e mudanças eletrofisiológicas. Estes dados são consistentes com uma visão de *delirium* como uma síndrome de insuficiência cerebral global<sup>(10)</sup>.

Alterações em neurotransmissores, particularmente acetilcolina, são importantes na patogênese do *delirium*. Drogas anticolinérgicas causam *delirium* em voluntários saudáveis e isso é mais freqüente em idosos. Situações que precipitam *delirium*, como hipóxia, hipoglicemia e deficiência de tiamina, diminuem a síntese de acetilcolina no sistema nervoso central. Além disso, a doença de Alzheimer, que se caracteriza por perda de neurônios colinérgicos, também aumenta o risco de *delirium* relacionado a medicações anticolinérgicas. Outros neurotransmissores também estão envolvidos nesta patologia tão estudada, tais como, dopamina, serotonina, norepinefrina, GABA, glutamato, opiáceos e histamina<sup>(6)</sup>.

Os neurotransmissores mais importante envolvido no *delirium* é a dopamina, ácido gama-aminobutírico (GABA) acetilcolina e glutamato. Um desequilíbrio em um ou mais neurotransmissores (ex. excesso de dopamina ou deficiência de acetilcolina) pode interromper a neurotransmissão conduzindo ao desenvolvimento de delirium. O desequilíbrio de serotonina e aumento central da atividade noradrenérgica também estão envolvidos. Outros fatores neurobiológicos incluem anormalidades inflamatórias induzidas por endotoxinas e citocinas como um fator de necrose tumoral, hipoxemia, perfusão cerebral inadequada, resposta ao stress e ativação do eixo pituitário hipotalâmico,

tratamento médico como ventilação mecânica e medicações sedativas/analgésicas<sup>(9)</sup>.

Os mecanismos do *delirium* permanecem como uma área promissora de estudo. De uma perspectiva da neurociência, acredita-se estar o *delirium* relacionado ao desequilíbrio na síntese, liberação e inativação de neurotransmissores modulando o controle da função cognitiva, comportamento e humor. Enquanto que a dopamina aumenta a excitabilidade dos neurônios, GABA e acetilcolina diminui a excitabilidade. Um desequilíbrio em um ou mais destes neurotransmissores resulta em instabilidade neuronal e neurotransmissão imprevisível. Em geral, um excesso de dopamina e depleção de acetilcolina são os dois maiores problemas fisiológicos. Em adição a este sistema neurotransmissor, outros parecem estar envolvidos ao desenvolvimento do *delirium*, como o desequilíbrio de serotonina e aumento da atividade noradrenérgica central<sup>(11)</sup>.

Outros fatores que parecem ser mecanismos que desenvolvem o *delirium* em pacientes em UTI incluem anormalidades inflamatórias induzidas por endotoxinas e citocinas como o fator de necrose tumoral, hipoxemia, perfusão cerebral inadequada devido a choque ou coagulopatia, tratamento médico como ventilação mecânica e medicações sedativas/analgésicas. A neurociência cognitiva e a fisiopatologia são áreas ativas de pesquisas, a qual, deseja-se, fornecerá avanços na nossa compreensão e tratamento do *delirium*<sup>(11)</sup>.

Grandes evidências sustentam o papel da deficiência colinérgica. Administração de drogas anticolinérgicas pode induzir *delirium* em humanos e animais, e a atividade anticolinérgica está aumentada em pacientes com *delirium*<sup>(12)</sup>.

Excesso de dopamina também parece contribuir para o *delirium*, possivelmente devido a sua influência regulatória na liberação de acetilcolina. Drogas dopaminérgicas (ex. levodopa) são reconhecidas como precipitantes do *delirium*, e antagonistas da dopamina efetivamente tratam os sintomas do *delirium*. Alteração de outros neurotransmissores, como a norepinefrina, serotonina, ácido gama-aminobutírico (GABA) e glutamato também podem ter um papel na fisiopatologia do *delirium*, mas a evidência é menos desenvolvida<sup>(12)</sup>. Diante da clínica multifatorial do *delirium*, é provável que múltiplos mecanismos patogênicos contribuam para o desenvolvimento do *delirium*<sup>(12)</sup>.

## Diagnóstico

O diagnóstico de *delirium* depende de suspeita clínica, observação diária e cautelosa por parte da equipe que presta assistência ao paciente e da valorização dos dados fornecidos pela família. Os critérios de diagnósticos do *delirium* são determinados pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), pela 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Instrumentos de avaliação para o déficit cognitivo, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou o Confusion Assessment Method (CAM), são critérios que podem contribuir e facilitar o diagnóstico<sup>(13-14)</sup>.

Atualmente a escala indicada para avaliação de *delirium* é o CAM, que já foi validada no Brasil e sua utilização exige apenas um rápido treinamento, já que o formulário para diagnóstico é de fácil aplicação. Entretanto cada serviço de saúde deverá analisar qual das opções existentes de avaliação de paciente em *delirium* melhor se adapta a sua realidade, para que o diagnóstico seja realizado precocemente e para que seja iniciado o tratamento o quanto antes evitando lesões graves<sup>(15)</sup>.

Após a confirmação do diagnóstico de *delirium*, é importante a identificação dos fatores predisponentes e precipitantes, assim como a causa do *delirium*. Deve-se realizar uma busca minuciosa sobre antecedentes mórbidos e de *delirium* prévio, uso ou retirada de medicações abruptas (prévias, atuais, de longa data, com e sem receita médica), uso de substâncias lícitas e ilícitas (álcool e drogas) e déficit sensoriais (auditivo e visual). Em muitos casos estas informações precisam ser obtidas através de um questionário realizado com os familiares ou acompanhante, pois o paciente muitas vezes não consegue colaborar com a investigação desta clínica<sup>(16)</sup>.

Quando o diagnóstico de *delirium* é realizado na unidade, o enfermeiro deve iniciar medidas e condutas para que possam minimizar este quadro, que se destacam<sup>(17)</sup>:

- Necessário se faz aplicar o método de avaliação para o diagnóstico de *delirium*, que incluem quatro etapas para avaliação clínica e definição do diagnóstico segundo as definidas pelo CAM;
- Em alguns casos, no exame clínico do paciente com *delirium*, há necessidade das perguntas serem repetidas várias vezes em alto e bom som, tendo em vista que a atenção do paciente está totalmente dispersa;
- O paciente deve permanecer em um ambiente o mais tranquilo possível, com iluminação adequada e evitar o excesso de estímulos sensoriais;
- Os membros da equipe devem se identificar e explicar cada procedimento, além de evitar mudanças constantes desses profissionais. A presença de familiares, se possível, ajudam a diminuir a perturbação do paciente, decorrente da dificuldade em reconhecer o ambiente;
- A higiene e alimentação devem ser assistidas;
- Para reduzir a desorientação temporal e espacial devem-se repetir várias vezes o local onde o paciente se encontra e a data exata;
- Evitar contenção física e mobilização precoce<sup>(18)</sup>;
- Manter a via aérea pérvia;
- Manter o equilíbrio hídrico;
- Tratar as necessidades nutricionais;
- Manter a integridade da pele e articular;
- Manter a temperatura corporal;
- Prevenir a retenção Urinária;
- Promover a função intestinal;
- Fornecer a estimulação sensorial;
- Atender as necessidades das famílias;

- Monitorar a tratara as complicações potenciais;

## Resultados

### Incidência e prevalência

Pacientes internados que estão em quadro clínico de *delirium* podem apresentar complicações durante sua internação, se comparados com aqueles que não possuem este quadro clínico. Pacientes internados, especialmente os idosos, possuem uma propensão para desenvolver o *delirium*, que traz um aumento no tempo da internação, do custo de tratamento, aumento do tempo de recuperação hospitalar e domiciliar<sup>(19)</sup>.

O curso clínico do paciente que se encontra em *delirium* pode ser variável e existem várias possibilidades que são: recuperação completa do paciente; progressão para estupor e/ou coma; convulsões e morte. Pode-se dizer que o período de hospitalização de pacientes com sinais e sintomas de *delirium* se torna prolongada, principalmente em paciente que possuem maior idade, doenças de base graves, co-morbidades associadas, entre outras.

Este distúrbio também foi observada que ocorre em 15 a 74% dos pacientes em pós-operatório e 60 a 80% dos pacientes em unidades de terapia intensiva. A associação da taxa de mortalidade hospitalar para *delirium* é de 25 a 33%, taxa tão alta quanto associação com infarto agudo do miocárdio e sepse, se não diagnosticada e tratada precocemente<sup>(2)</sup>.

Considerando a morbimortalidade associado ao *delirium*, seus portadores têm maior tempo de internação e mais complicações médicas, tais como pneumonia e úlceras de pressão associadas às complicações adquiridas durante o período de internação. A taxa de mortalidade entre estes pacientes são estimadas entre 22 a 76%<sup>(19)</sup>.

O curso de *delirium* pode durar de algumas horas a vários meses, dependendo da clínica de cada paciente. Através da identificação e correção adequada da etiologia, se tratado corretamente, a maioria dos pacientes possuem uma resolução completa dessa experiência do *delirium*<sup>(20)</sup>.

Um paciente diagnosticado com *delirium* durante a internação hospitalar tem uma taxa de mortalidade hospitalar 5,5 vezes maior do que um paciente diagnosticado com demência. Pacientes que sobrevivem à hospitalização têm uma taxa de mortalidade muito elevada durante os meses imediatos à alta<sup>(20)</sup>.

Sabe-se que se diagnosticado adequadamente pela equipe de saúde, principalmente pelo enfermeiro(a) responsável pelo setor onde o paciente se encontra durante a internação, o prognóstico do paciente com sinais e sintomas de *delirium* tem uma morbimortalidade menor em relação aos pacientes não tratados adequadamente. Necessário se faz estabelecer um protocolo de atendimento ao paciente, para saber identificar e tratar o mais precocemente o paciente em *delirium*.



## Conclusões

Verificou-se neste estudo que o *delirium* é uma condição clínica de alta prevalência em pacientes críticos, porém ainda pouco diagnosticada pelos profissionais de saúde. É uma síndrome que ocorre com mais frequência em idosos, podendo durar dias ou semanas. A condição médica como o estado cognitivo, os fatores psicológicos e a idade podem predispor o paciente ao *delirium*. A prevenção é a conduta mais eficaz, uma vez que o tratamento após o quadro já instalado não apresenta um elevado índice de sucesso.

É necessário que as instituições de saúde passem a investir em treinamentos para os profissionais de saúde e a inserção de protocolos de avaliação dos pacientes, visando à qualidade na assistência prestada, diminuição do tempo de internação dos pacientes e o diagnóstico precoce do *delirium*.

## Referências

1. Ely EW, Margolin T, Francis J, May L, Truman B, Bittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001 jul; 29(7):1370-9.
2. Goldman L, Ausiello D. *Cecil Medicine*. 23 ed. Philadelphia: Elsevier; 2007.
3. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell Jr, FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*. 2004. 291(14):1753-62.
4. Souza AR, Silva ARV, Bezerra CP, Braga VAB. A inserção do enfermeiro no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS): refletindo sobre a prática profissional. *Rev. RENE*. 2008 jan/mar. 9 (1):154-161.
5. Martins HS, Neto RAB, Neto AS, Valasco IT. *Emergências clínicas: abordagem prática*. 2 ed. São Paulo: Manole; 2006.
6. Bueno MAS, Pieri A, Sampaio RO, Santos OFP, Vaidotas M. *Conduas em emergências*. São Paulo: Atheneu; 2009.
7. Francis J, Kapoor WN. Delirium in hospitalized elderly. *J Gen Intern Med*. 1990. 5(1):65-79.
8. Timby, BK; Smith, NE. *Assistência Prestada a Pacientes com Transtornos do Humor. Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Manole; 2005.
9. Hopkins RO, Jackson JCJ. Assessing neurocognitive outcomes after critical illness: are delirium and long-term cognitive impairments related? *Curr Opin Critical Care*; 2006 out. 12(5):388-94.
10. Stevens, RD; Nyquist, PA. Types of Brain Dysfunction in Critical Illness. *Neurol Clin*; 2008 Mai. 26(2):469-86.
11. Pandharipande P, Jackson J, Ely EW. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Curr Opin Critical Care*; 2005 ago. 11(4):360-8.
12. Inouye SK. Delirium in Older Persons. *N Engl J Med*; 2006 mar. 354:1157-1165.
13. Wacker P, Nunes PV, Forlenza OV. Delirium: uma perspectiva histórica. *Rev.psiq. clín*. 2005; 32(3):97-103.
14. Pessoa RF, Nácúl FE. Delirium em pacientes críticos. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2006 abr/jun; 18(2):190-5.

15. Fabri RMA, Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. Validity and reliability of the portuguese version of the confusion assessment method (CAM) for the detection of Delirium in the elderly. Arq. Neuropsiquiatr. 2001 jun; 59(2-A):175-9.
16. Santos FS. Mecanismos fisiopatológicos do delirium. Rev. psiq. clín. 2005; 32(3):104-12.
17. Smeltzer SC, Bari, BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan; 2005.
18. Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, Geest S, Vandermeulen E, Fischler B et al. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. J Am Geriatr Soc 2001 mai; 49 (5):523-32.
19. Ondria CG. Delirium. Am Fam Physician. 2003 mar. 67(3): 1027-34.
20. ROCKWOOD, K. The occurrence and duration of symptoms in elderly patients in delirium. J Gerontol; 1993 jul; 48(4):M162-6

---

**Endereço para correspondência**

Avenida General Carlos Cavalcanti, n. 4748 – Campus Uvaranas – Bloco M, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública - Sala 120  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
CEP 84030-900

Recebido em 31/12/2012

Aprovado em 02/08/2013